

INFORMAÇÕES DO SINISTRO

BILHETE 1837537	TIPO DE SINISTRO Reembolso	DATA DE COMPETÊNCIA 31/03/2026	DATA DE OCORRÊNCIA 29/06/2026	AVISO DE SINISTRO 30/06/2026	VIGÊNCIA 26/05/2026 — 20/08/2026
---------------------------	--------------------------------------	--	---	--	---

DESCRIÇÃO DO OCORRIDO

Consultei no dia 29 de junho e comprei a medicação no dia 30 pois a data de nascimento havia sido preenchida errada pelo médico

PAÍS DA OCORRÊNCIA Inglaterra	PLANO Max Plus Europa € 30.000 EM TRIPLO	COBERTURA RECLAMADA 05. Despesas Farmacêuticas por Acidente ou Doença
---	--	---

DADOS DO PASSAGEIRO

NOME SHEILA MARIA BOAMORTE REIS OLIVEIRA MATTOZO	CPF 02423334940	DATA DE NASCIMENTO 10/03/1977	TELEFONE (41)99621-4530
--	---------------------------	---	-----------------------------------

E-MAIL
mattozo.ssl@gmail.com

VALORES

ESTIMADO (US\$) 0,00	CÂMBIO P/ R\$ 0,00000	ESTIMADO (R\$) 0,00	MOEDA ORIGINAL LIBRA ESTERLINA	CUSTO MOEDA ORIGINAL 18,00	CÂMBIO P/ US\$ 1,32519
VALOR (US\$) 23,85	CÂMBIO P/ R\$ 5,18029	VALOR (R\$) 123,57	DESCONTO (US\$) 0,00	DESCONTO (R\$) 0,00	% DESCONTO 0,00%

DADOS BANCÁRIOS

NOME DO FAVORECIDO		CPF DO FAVORECIDO		BANCO
Sheila Maria Boamorte Dos Reis Oliveira Mattozo		024.233.349-40		(104) Caixa Econômica Federal
TIPO DE CONTA	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO VERIFICADOR	
Conta Poupança	1266	925734335	4	

DESCRIÇÃO DE DESPESAS

DESCRIÇÃO	VALOR	MOEDA
-----------	-------	-------

Nenhuma despesa extra informada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

VARIAÇÃO CUSTO INICIAL/FINAL -23,85 ↔ 100,00%	DATA DE CONCLUSÃO 20/07/2026	DATA DO PAGAMENTO 20/07/2026	STATUS Pago
CONTA NO NOME DO SEGURADO?	TIPO DE TRANSPORTE	RESIDE NO MESMO ENDEREÇO DA APÓLICE?	

RECORREU À CENTRAL DE ATENDIMENTO VITAL CARD?

PERGUNTAS E RESPOSTAS

PERGUNTA	RESPOSTA
Recebemos um comprovante da Farmácia Carehealth, do dia 30/06, no valor de €18,	Foi prescrito o antibiótico Amoxilina de 500mg

porém, no mesmo não consta o que foi adquirido. Poderia, por gentileza, descrever os itens comprados?